CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Necker. — Professeur Potain.

Néphrite interstitielle. — Hémorrhagie cérébrale, dilatation et hypertrophie cardiaques. — Urémie.

Le malade qui est le sujet de cette leçon présente à la fois divers états morbides organiques dont il est aussi important que difficile d'analyser la complexité et de reconnaître la subordination.

C'est un charpentier devenu depuis quelque temps cocher de fiacre. Il a 34 ans. Il a toujours eu et dès son enfance, une forte tendance à s'enrhumer; les bronchites ainsi contractées sont devenues de plus en plus persistantes, et à leur suite s'est développée depuis longtemps déjà une certaine oppression habituelle.

Il y a six mois il a eu à deux reprises un étourdissement; au second il a perdu connaissance, est tombé de son siége et s'est relevé ayant une hémiplégie faciale.

Ce sont là tous les antécédents du malade qui s'en explique d'ailleurs avec assez de difficulté.

La maladie actuelle date de quinze jours : l'oppression qui était une infirmité tolérable est devenue rapidement si grande qu'elle a nécessité l'entrée à l'hôpital le 1er mars.

A la première visite, on trouve le malade assis sur son lit anhélant, les aspirations longues et sifflantes, et se rhythmant en séries décroissantes, la face légèrement déviée à gauche, anxieuse, colorée mais sans cyanose, la peau sèche et fébrile, le pouls fréquent, inégal, mais dont les inégalités se rattachent à la respiration.

Le thorax est très-élargi, développé, saillant, bombé, très-sonore partout, sauf aux bases en arrière. La respiration fréquente ne fait entendre qu'un murmure affaibli, nul aux bases, l'expiration est prolongée ; il y a quelques rhonchus disséminés. Le malade tousse quelquefois sans expectoration.

La pointe du cœur bat dans le sixième et un peu dans le septième espace intercostal avec une impulsion sensible, mais non très forte. La matité précordiale *profonde* est étendue et ne peut être précisée à cause de l'état d'anxiété intolérable que produit le décubitus dorsal. Les bruits propres du cœur sont réguliers, profonds, et s'accompagnent d'un bruit surajouté qui, par ses caractères et son moment constitue avec les premiers, à la pointe et à l'extrémité du sternum, un bruit de galop faible, à choc peu intense, mais bien distinct.

Les jambes sont modérément œdématiées.

Les urines (1500 gr.) sont limpides, un peu mousseuses, très-albumineuses, peu denses (1011), sans dépôt.

Les fonctions du système nerveux paraissent intactes sauf la légère paralysie du côté droit de la face. Les deux paupières s'abaissent simultanément. La luette est déviée du côté opposé. L'ouïe est notablement affaiblie du côté droit. Il est évident qu'il s'agit d'une paralysie faciale d'origine centrale. La persistance des mouvements habituellement associés des paupières témoigne de l'intégrité de l'axe médullaire encéphalo-rachidien où cette association est préétablie, et des cordons faciaux qui vont de cet axe à la périphérie : il n'y a d'interrompu que la communication des couches corticales à l'axe médullaire.

L'âge du malade et les autres circonstances prouvent qu'il s'est fait une hémorrhagie dans la substance nerveuse unissante. Il resterait à en établir précisément le siége; mais cette recherche entraînerait des développements qu'interdit provisoirement l'urgence des autres symptômes de la maladie.

Ainsi l'analogie de cette maladie nous donne une hémorrhagie cérébrale, de l'emphysème et de la congestion pulmonaires, une albuminurie et une néphrite interstitielle, une dilatation et une hypertrophie cardiaques à bruit de galop.

Dans quels rapports ces troubles si divers sont-ils entre eux ? Peuvent-ils se sérier et quelle série constituent-ils ? Quatre séries sont possibles : le cerveau a pu d'abord être malade, puis le rein, le poumon et le cœur. Tout aussi bien le cœur a pu être d'abord lésé; le cerveau, le rein et le poumon auraient été atteints ensuite. Il se peut encore que le poumon, premièrement malade ait occasionné les lésions successives du cœur, du cerveau et des reins, ou qu'enfin le rein d'abord malade ait causé les troubles cardiaques, pulmonaires et rénaux.

De ces séries, celle qui commence par le poumon a l'avantage de s'accorder avec l'ordre chronologique. Mais l'ordre chronologique est impuissant à déterminer par lui-même une série morbide : le premier fait en date réelle pourrait être resté longtemps latent. une lésion cardiaque, par exemple, et ne devenir manifeste qu'après une conséquence plus bruyante. Dans le cas présent, l'emphysème est le premier fait en apparence, mais s'il l'était en réalité, il eût constitué une autre série. La dilatation des cavités droites du cœur l'eût suivi immédiatement. Or, si elle existe et se reconnaît à la déviation de la pointe, à de faibles battements épigastriques, à un second bruit droit plus fort, l'abaissement de la pointe, la densité du pouls, la tension intra-artérielle dénoteront une hypertrophie totale prédominante et antérieure, que l'emphysème sec saurait produire.

A quoi donc attribuer cette hypertrophie ? Il n'y a point de lésions d'orifices, point d'adhérences péricardiques, point d'athéromes artériels. C'est une hypertrophie simple, et la cause la plus ordinaire en est une *sclérose rénale.*

Qu'il y ait une maladie du rein, l'albuminurie, les caractères, l'abondance de l'urine le prouvent assez. Si le diagnostic pêche, c'est par excès ; il est évacué trop d'albumine par l'urine pour que sa présence tienne à une simple néphrite interstitielle. On dirait plutôt d'une néphrite catarrhale, n'était l'absence d'hématurie, de trouble louche de liquide (desquamation tubulaire).

Quelle cause peut donner cet excès embarrassant ? Il ne faut pas penser ici à l'hyperalbuminose qui se rencontre dans les maladies typhiques et qui ne fournit qu'une légère albuminurie. De toute la pathogénie de ce signe, il ne nous reste que l'obstacle à la circulation rénale de retour, dont l'influence a été démontrée par les expériences de Robinson. En effet, l'on trouve à point dans le cas un tel obstacle dans la sclérose pulmonaire et dans la dilatation cardiaque qui en a été la conséquence directe : cette circonstance a accru l'albuminurie de la néphrite interstitielle et en a altéré le caractère.

L'état rénal et l'état cardio-pulmonaire se compliquent ici l'un l'autre et par là rendent compte des phénomènes. Mais objectivement il ne peuvent expliquer la dyspnée extrême à laquelle le malade est en proie. L'emphysème est ancien, toléré depuis longtemps, la congestion des bases est peu étendue. Il n'y a pas cette bronchite de l'albuminurie décrite naguère par M. Lasègue. Le cœur n'est pas en asystolie, et cependant la dyspnée est intense, aiguë au milieu de ces lésions chroniques ; elle est survenue brusquement. C'est qu'elle est un fait d'urémie, c'est un accès asthmatique avec le rhythme respiratoire dit de Cheyne-Stokes : elle a son origine au rein, et c'est en agissant sur cet organe, non sur le poumon, en rétablissant les fonctions, autant qu'il sera possible, qu'on obtiendra une respiration régulière et suffisante.

Voilà parcourue une partie du cercle. La néphrite interstitielle prédomine (1) : ses effets ordinaires sont accrus par les circons-

(1) Des renseignements fournis ultérieurement par le malade amélioré, il résulte qu'il avait dès longtemps une polyurie dont l'existence confirme *a posteriori* le diagnostic.

tances circulatoires et pulmonaires ; elle a déterminé l'urémie qui s'est manifestée par une dyspnée extrême.

Il ne reste plus qu'à faire entrer les accidents cérébraux dans la présente série morbide. Ils sont le fait, a-t-on dit, d'une hémorrhagie cérébrale. Or, il faut reconnaître que les lésions rénales et les hémorrhagies cérébrales s'y associent fréquemment. Bright en avait fait 8 fois l'observation, Rosenstein, Frerichs, 11 fois. Grainger Stewart a compté 15 hémorrhagies dans 100 néphrites interstitielles; Bence Jones, 29 sur 36; Dickinson, 17 sur 250 néphrites, et 31 lésions rénales chez 75 apoplectiques. M. Charcot a trouvé 15 atrophies rénales sur 49 apoplexies. Si l'on vient à réduire ces rapports complexes en proportions simples, on trouve de grosses fractions telles que 1/3, 1/2, 3/4. Enfin, la mort se fait dans les néphrites interstitielles par hémorrhagie cérébrale 1 fois sur 6 d'après Grainger-Stewart, et 1 fois sur 13 d'après Dickinson. L'ensemble de ces chiffres est très-probant en faveur des relations étroites qui unissent l'hémorrhagie cérébrale à la néphrite interstitielle. Ces faits de pur empirisme sont d'ailleurs rationnels, puisque la néphrite interstitielle met l'organisme dans les conditions les plus favorables à l'hémorrhagie : altération des parois des artères, accroissement de l'extension dans ces vaisseaux, et hypertrophie cardiaque.

Ajoutons cependant que dans ces cas l'hémiplégie faciale est rare ; on en a cependant publié quelques exemples.

Ces considérations n'ont de raison d'être que pour le pronostic et le traitement. Parmi toutes les lésions et tous ces troubles fonctionnels, il en est qui persisteront et qui sont incurables : l'emphysème pulmonaire, la néphrite interstitielle et l'hypertrophie cardiaque consécutive; mais il en est sur lesquels la thérapeutique aura une heureuse action : la congestion pulmonaire, la dilatation cardiaque, la sur-albuminurie qui est due à la congestion rénale.

A ces derniers éléments morbides il faudra opposer des ventouses sèches nombreuses sur le thorax et les lombes, le régime lacté sévère, exclusif, le repos absolu, et parce que le pouls est fréquent, les accidents récents, de la digitale, — enfin des dérivatifs intestinaux.

Certes, tous ces remèdes ne sauraient être donnés à la fois en une sorte d'usage thérapeutique où l'on se perdrait sans se rendre compte de chaque action. L'urgence n'est pas assez grande, chacun sera donné en son temps et à sa place, suivant les nécessités du moment. Dr Hellberg.

OBSTÉTRIQUE

Du palper abdominal et de la version par manœuvres externes, par A. Pinard, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Cette monographie comprend deux parties distinctes l'une de l'autre : l'étude du *palper abdominal* et la *version par manœuvres externes.*

Palper abdominal. — Dans un premier chapitre M. Pinard étudie les causes de l'accommodation, non-seulement au moment de l'accouchement, mais encore pendant la grossesse, et il insiste plus particulièrement sur le rôle de la paroi abdominale ; avec une paroi rigide et ferme, plus de fixité dans les présentations ; avec une paroi rendue plus lâche par des grossesses antérieures, plus de mutations dans les présentations qui ont plus de chances d'être anormales.

Après un historique très-complet de la question, l'auteur aborde le manuel opératoire. Voici un résumé de la pratique du palper:

La femme doit être « dans le décubitus dorsal et horizontal, tête légèrement fléchie, bras étendus le long du corps, membres inférieurs étendus et légèrement écartés, la région abdominale découverte depuis le pubis jusqu'au niveau de la région épigastrique. »

Le palper doit se faire avec les deux mains qu'il faut glisser à plat sur la paroi abdominale, relevant l'utérus s'il est en antéversion et gagnant ainsi le pubis que l'on reconnaîtra toujours facilement à l'aide de l'extrémité des doigts; on déprime alors la paroi avec les deux mains dont le bord radial est distant de 5 à 6 centimètres de la ligne médiane. Si la main est arrêtée par une partie fœtale, c'est qu'il y a quelque chose d'engagé dans l'excavation, et on peut à coup sûr diagnostiquer une présentation stable du sommet.

La masse est plus marquée et plus dure d'un côté : c'est le front, d'autant plus saillant que la tête est plus fléchie, plus dans les positions O.I.A. que dans les postérieures. Sachant que le front est à droite, il est certain que l'occiput est à gauche, et le diagnostic de la position droite ou gauche est donc fait. Le siége se trouvera facilement, grâce aux petites parties qui l'accompagnent et qui sont situées du même côté que le front et au plan résistant qui l'unit à la tête et qui constitue le tronc. Le diagnostic complet de la position est facile. Exemple : on sent le front à droite, on peut avoir affaire à une O.I.G.A. ou bien à une O.I.G.P. ; or, dans la première, il faut déprimer assez profondément la paroi pour sentir le front; dans le second cas, le front se présente pour ainsi dire sous le doigt.

Dans le premier cas le dos est très-nettement perceptible et les petites parties le sont moins que dans la variété postérieure, cas dans lequel le dos n'est senti que par son plan latéral.

Quant aux positions transverses, on les reconnaîtra facilement si on va de suite à la recherche de la tête. Le front se reconnaît bien ; s'il y a un peu d'engagement et surtout dans le cas de ventre en obusier, le tronc, seulement sensible par son plan latéral, s'incurve si bien que le siége vient se placer au-dessus de la fosse iliaque du côté du front.

Peut-on par le palper reconnaître une présentation de la face? Oui, répond M. Pinard, et en voici la caractéristique : tumeur dure, saillante d'un côté; le siége et le tronc se trouvent du même côté, mais les petites parties sont du côté opposé. La partie saillante au détroit supérieur étant ici l'occiput.

Si l'excavation est vide, la présentation peut encore être celle du sommet; mais alors on trouve facilement la tête au-dessus de l'aire du détroit supérieur ou un peu inclinée vers une des fosses iliaques ; mais le plus souvent c'est une présentation du siége ou du tronc.

Est-ce un siége? Rien dans l'excavation ou à peine quelques petites parties; mais on sent le tronc allongé de haut en bas et au fond de l'utérus la tête bien reconnaissable à sa forme, à sa dureté et surtout au ballottement; la tête souvent se cache profondément, il suffit de faire basculer le fœtus pour bien la sentir. Le siége, reconnaissable à son irrégularité, à sa continuité avec le tronc, aux petites parties qui l'accompagnent, incline-t-il à gauche. La tête reconnaissable au ballottement, à sa forme ronde, à sa dureté, à une dépression qui la sépare du tronc est au fond de l'utérus à droite, c'est une Sacr. I.G. Le tronc ne se sent-il que par le plan latéral, les petites parties bien sensibles, c'est une dorso-postérieure.

Dans le cas de présentation de l'épaule : rien dans l'excavation, plan résistant étendu en largeur formant une courbe à concavité supérieure qui devient un angle droit pendant l'accouchement, tête dans une des fosses iliaques, siége au-dessus de celle du côté opposé.

En résumé, chercher si une partie fœtale est engagée. Si oui, c'est un sommet; si non, on trouvera toujours un des pôles du

fœtus au-dessus de l'aire du détroit supérieur ou dans l'une des fosses iliaques; ayant un des pôles, l'autre se trouvera toujours dans le flanc opposé. De ces deux pôles, quel est celui qui représente la tête? Le ballottement céphalique l'indique; si on sait de quel côté est le dos et où se trouvent les petites parties, le diagnostic est fait.

Par le palper, on peut encore faire le diagnostic des grossesses multiples et du nombre de fœtus par le nombre de parties présentant le ballottement; l'hydroamnios se reconnaîtra par la facilité extrême que l'on aura à faire remuer le fœtus. On peut aussi par le palper reconnaître les différentes tumeurs du corps de l'utérus gravide.

Version par manœuvres externes. — Deux cas peuvent se présenter : « 1° La tête repose au niveau d'une des fosses iliaques et le siége dans le flanc du côté opposé. » Presser sur la tête de dehors en dedans et de haut en bas ; presser sur le siége de dehors en dedans et de bas en haut. On ramène ainsi les deux pôles sur la ligne médiane.

« 2° La tête est en rapport avec le segment supérieur de l'utérus; le siége est en bas. » Deux temps.

A. Mobiliser le fœtus : il faut rendre la tête bien sensible si elle se cache profondément, soit en l'abaissant latéralement, soit en pressant sur le siége, et la tête basculant vient se porter en avant.

Si le siége est fortement enclavé, on le déplace en s'aidant d'un doigt introduit dans le vagin ; on repousse ainsi le segment inférieur de l'utérus, dirigeant vers l'une des fosses iliaques le pôle inférieur fœtal.

B. *Version.* — C'est en pressant sur le siége, en exagérant toujours la flexion que l'on fera la rotation.

Mais le résultat ainsi obtenu ne se maintient pas, aussi M. Pinard a-t-il fait construire une ceinture, véritable paroi abdominale artificielle.

Cette ceinture est formée de deux parties latérales se laçant sur la ligne blanche, point où se trouve un large coussinet.

On doit faire la version par manœuvres externes chaque fois qu'à huit mois il se trouve une présentation anormale. Cependant on devra s'arrêter si les manœuvres sont trop douloureuses; si elles restent sans résultat dans le cas de position franche du siége, chez une primipare, par exemple. Il ne faut pas la faire dans le cas de grossesse multiple.

Nous avons tenu à donner avec détails, quoique rapidement, tout ce qu'il y a de pratique dans ce mémoire important qui n'a pas la prétention d'indiquer des choses nouvelles, mais qui ramène l'attention sur des manœuvres sinon oubliées du moins très-délaissées.

On lira avec fruit sur ce sujet un excellent article de M. Lucas Championnière, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1877, art. 10, 641.

PAUL BAR.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Sur les altérations pathologiques des ganglions nerveux automoteurs du cœur, par PUTJATIN, de Saint-Pétersbourg (in *Virchow's Archiv*, t. LXIV, 1878).

L'auteur a observé des lésions inflammatoires dans les ganglions nerveux du cœur dans les maladies chroniques de cet organe. Dans les maladies les moins anciennes, il s'agissait d'une hypérémie simple; dans les maladies tout à fait chroniques, il existait une inflammation interstitielle, une prolifération de tissu conjonctif du ganglion accompagnée d'une dégénérescence ultérieure des cellules nerveuses. Celles-ci devenaient graisseuses et pigmentées. Dans un fait la lésion était tellement considérable que les cellules nerveuses étaient détruites et le tissu conjonctif infiltré de sels calcaires.

Beaucoup d'affections cardiaques fonctionnelles peuvent être expliquées par la lésion des ganglions du cœur. La paralysie du cœur peut en effet résulter de cette lésion sans qu'on ait à invoquer une altération du muscle. L'auteur rapporte à ces troubles matériels des ganglions nerveux, certaines formes d'angine de poitrine.

Sur l'histogénèse des cellules géantes dans la tuberculose, par LUBIMOW (travail du laboratoire de Recklinghausen, in *Virchow's Archiv*, t. LXV, 1879).

M. Lubimow après avoir constaté que les cellules géantes siégent toujours dans des canaux préformés, cherche à établir qu'elles se sont développées dans les vaisseaux lymphatiques. De l'étude qu'il a faite des séreuses atteintes de tuberculisation il conclut que les cellules géantes proviennent des cellules épithéloïdes qui tapissent la paroi interne des vaisseaux lymphatiques.

Dans les ganglions lymphatiques les cellules géantes seraient disposées dans les conduits lymphatiques et autour des follicules, dans les sinus lymphatiques périfolliculaires. Là encore ces grandes cellules seraient des cellules épithéloïdes en prolifération.

Dans les testicules les cellules géantes se trouvent aussi bien dans la lumière des canaux testiculaires que dans l'épaisseur de leur paroi. Dans la tuberculose testiculaire à son début, on observe, au milieu des petits noyaux tuberculeux, dans l'intérieur des tubes séminifères, au lieu de l'épithélium normal, des cellules polygonales entre lesquelles il existe des cellules géantes.

Pour M. Lubimow, ces grandes cellules à protaplasma granuleux et à noyaux multiples ne sont autres que des cellules épithéliales des canaux séminifères en train de proliférer.

Pneumothorax provoqué par la rupture d'un poumon sain, par le Dr A. SENFFT (*Deutsche, Zeitschr. f. prakt. Med.*, 1878).

Un ouvrier cordier, bien portant, occupé à son ouvrage, tomba brusquement sur le dos par suite de la rupture subite d'un câble auquel il travaillait. Deux heures après l'accident, l'auteur constate une dyspnée intense, de la cyanose, etc..., tous les symptômes d'un pneumothorax gauche. La moitié gauche du thorax était considérablement dilatée; la matité cardiaque avait disparu et ne pouvait être perçue qu'à droite du sternum dans l'étendue de trois travers de doigt. Il n'existait aucun signe de fracture de côte, ni aucune douleur localisée. On ne pouvait donc rapporter le pneumothorax qu'à la rupture de vésicules pulmonaires provoquée par la compression brusque du thorax au moment de la chute. Les jours suivants, le malade fut pris de fièvre, avec fréquence du pouls; il éprouvait des douleurs vives dans toute la moitié gauche de la poitrine; toux fatigante et expectoration spumeuse, sanguinolente. Outre les symptômes d'une infiltration pneumonique du lobe inférieur du poumon gauche, apparurent ceux d'une pleurésie sèche. Dix jours après le développement du pneumothorax, il n'existait plus aucun signe d'une lésion de la moitié gauche du thorax. Pendant les premiers jours on avait perçu un murmure systolique pulmonaire et aortique; ce souffle disparut rapidement. L'auteur l'attribue à une compression de l'aorte et de l'artère pulmonaire.

L'auteur cite l'opinion de Laënnec, Wintrich et autres, qui n'admettent pas que la pleurésie puisse se produire par la simple entrée de l'air dans la cavité pleurale.

Des expériences sur des animaux ont confirmé cette opinion, aussi Senfft pense-t-il que la pleurésie a été occasionnée dans ce cas par la pneumonie, ou par l'entrée d'un ferment dans la plèvre.

LE LABORATOIRE

Les liquides qui grimpent.

ETUDE PRATIQUE, par le Dr G. ESBACH, chef du laboratoire de chimie médicale à l'hôpital Necker. (Figures dans le texte.)

Quand on évapore un liquide, soit par diminution de la pression, soit par élévation de la température, deux grandes causes de perte se présentent, contre lesquelles l'opérateur doit se mettre en garde :

1° Il faut *éviter l'ébullition* qui expose aux projections ou à la montée tumultueuse.

2° *Empêcher le grimpement.* En effet, à mesure que s'effectue l'évaporation, un cercle de matériaux fixes se dépose sur les parois du vase.

Ce dépôt s'imbibe du liquide sous-jacent, qui le redissout en partie et va le déposer ensuite plus haut. Peu à peu le liquide atteint les bords du vase et trop souvent se répand au dehors.

Pour bien fixer la pensée du lecteur, nous supposerons que l'opération a lieu au bain-marie, cas le plus général. Le grimpement est inévitable quand on emploie des vases larges, comme le sont les capsules, et quand on les chauffe par le fond.

Quoique plus accusé encore avec les creusets, l'inconvénient est rarement irrémédiable, en raison de la hauteur des parois.

La question du grimpement est mal ou insuffisamment résolue dans les livres; on pourra toutefois distinguer trois sortes de moyens à lui opposer :

1° *Augmenter la hauteur des parois des vases* : se servir d'un gobelet, par exemple, au lieu d'une capsule. Mais alors l'évaporation est d'une lenteur désespérante, le vase est lourd, incommode: on ne sait comment le maintenir dans un bain-marie. Enfin trop souvent les vases de verre cassent en raison d'un recuit insuffisant.

2° *Evaporer par petites portions* ajoutées successivement dans une capsule. Mais en pratique, ces additions extemporanées impatientent bientôt l'opérateur qui les oublie ou les fait mal, tout en perdant beaucoup de temps.

3° *Enduire d'un corps gras les bords de la capsule*, comme le prescrit Fresenius. Mais cela est rarement utile pour les solutions aqueuses qui grimpent peu, et tout à fait illusoire pour les solutions dans l'alcool, l'éther, la benzine, etc., qui grimpent beaucoup et dont le premier effet est de dissoudre la barrière représentée par le corps gras.

En tout cas, ce procédé n'est applicable que quand l'extrait est destiné à une incinération immédiate ; la graisse disparaît alors sans laisser de résidu.

Si maintenant, des capsules, nous passons aux creusets, les difficultés ne sont pas moindres. Bien des fois il s'agit d'un précipité arrosé d'acide sulfurique, qui grimpe beaucoup, est fort difficile à évaporer commodément, en raison de la température élevée à laquelle il faut le maintenir.

On a proposé pour l'évaporation des creusets, l'étuve à air, moyen lent assurément, mais dont je n'ai pu vérifier l'efficacité, ne l'ayant jamais employé.

Le plus souvent, on conseille *de coucher le creuset* sur un triangle et de le chauffer à la main, en commençant vers le bord, pour arriver graduellement vers le fond. Cette méthode est très-délicate, demande beaucoup d'attention et de temps ; enfin, pour ma part, j'ai rarement réussi sans quelque perte.

Quel que soit le moyen employé, l'observation journalière nous montre un fait bien net : *toutes les fois qu'une évaporation se fait sans aucun grimpement, c'est que la chaleur a porté en même temps sur la zone des parois qui se trouve à sec.*

Rappelons-nous donc bien ce principe, car c'est lui que nous appliquerons à tous les cas.

Evaporation dans des capsules. — Pour l'évaporation dans les capsules, les bains-marie portent des plaques percées de trous. Ceux-ci sont rarement proportionnés à des besoins variés; on les complète par l'adjonction de diaphragmes que l'on fait faire, ou que l'on confectionne soi-même avec des feuilles de clinquant.

Le trou devra être assez grand pour que la capsule s'y engage profondément, et que le *niveau de son contenu se trouve notablement au-dessus de la surface de la plaque* (fig. 1). La vapeur d'eau

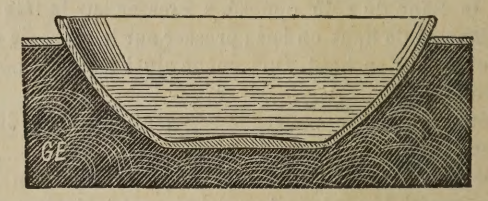


Fig. 1.

bouillante, tout en chauffant la solution, portera également sur une certaine zone sèche des parois, et le grimpement n'aura pas lieu.

D'un autre côté, tout en maintenant l'ébullition de l'eau, on peut modérer suffisamment la production de vapeur, et diriger sans crainte l'évaporation de liquides volatils, comme l'alcool.

Je fais beaucoup usage de capsules légères en cuivre argenté, pour les évaporations d'alcool, de benzine, etc., elles répondent au plus élevé des deux modèles représentés dans la fig. 2. Quant à la forme basse, c'est une capsule de platine.

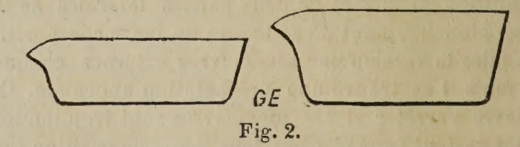


Fig. 2.

Dimensions pour la forme haute : diamètre inférieur, 55 millimètres; diamètre supérieur, 65 millimètres ; profondeur, 35 à 40 millimètres. Un excès d'évasement vaut mieux qu'un excès de hauteur, surtout au point de vue de la rapidité d'évaporation.

Comme les trous du bain-marie demanderaient des dimensions trop exactes, et qu'il serait difficile d'en dégager les capsules, celles-ci sont placées dans des ouvertures *trop grandes*, laissant un fossé circulaire de 1 centimètre, et le vase est soutenu par-dessous au moyen de la galerie suivante :

Découpez un triangle équilatéral en laiton ; à chaque angle, soudez un fort fil de cuivre relevé verticalement ; enfin, recourbez en dehors l'extrémité du fil qui fera crochet.

Enfoncez cette galerie dans le trou du bain-marie et placez-y la capsule : la vapeur d'eau bouillante, en s'échappant autour du vase, arrêtera le grimpement (fig. 3).

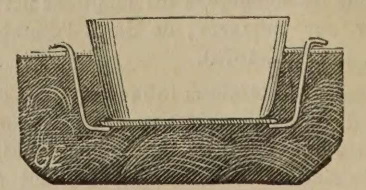


Fig. 3.

Avec deux modèles de galerie, répondant à deux profondeurs différentes, on suffira à tous les cas.

On emploiera avec grand avantage une plaque spéciale, munie de trois trous égaux, auxquels s'adapteront les galeries.

Je rappellerai que, d'une manière générale, les évaporations se font au bain-marie, l'étuve ne servant qu'à parfaire la dessiccation quand on se propose de peser le résidu. On opère ainsi *avec plus de rapidité* et de sécurité.

La nature des vases, influant beaucoup sur le temps nécessaire à l'évaportion, on donnera la préférence aux capsules métalliques toutes les fois que cela sera possible.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 *février* 1879. — Présidence de M. Richet.

M. **Hillairet** présente un mémoire sur l'influence du travail souterrain sur la santé des mineurs du Dr **Paul Fabre.**

M. **Hérard** présente un travail de M. **Solarès** sur la Diphthérie.

La correspondance non officielle comprend :

1° Un pli cacheté déposé par M. **Eugène Crouzat,** notre distingué collaborateur, externe à la clinique d'accouchement, sur un nouveau procéde de mensuration du bassin sur les femmes gravides. (Accepté.)

2° Une note de M. **A. Brachet** sur la *Lumière électrique.*

3° Un rapport de M. le Dr **Fabre** sur le Daltonisme.

M. **Poggiale** lit un rapport sur une série de demandes adressées par le Procureur de la République de Reims au sujet du sirop de chloral de Follet.

1° *Le sirop au chloral de Follet est-il considéré comme une préparation soumise aux prescriptions du* 29 *octobre* 1846, *en ce qui concerne la vente de ce médicament?*

2° *Un flacon de ce sirop administré en quelques heures peut-il causer la mort ?*

Réponse. — Il résulte des faits observés :

1° Qu'un flacon de sirop de chloral contenant environ neuf grammes de chloral peut donner lieu à des accidents graves et même mortels en supposant qu'il soit administré en quelques heures.

2° Que le sirop de chloral ne doit pas être soumis aux prescriptions de l'ordonnance du 29 octobre 1849 sur les substances vénéneuses.

3° *Le sirop de Follet doit-il être considéré comme remède secret dont la vente est légalement interdite par l'article* 36 *de la loi du* 29 *germinal an XI !*

Réponse. — Suivant la haute jurisprudence la Cour de Cassation, on doit entendre par un remède secret toute préparation qui n'est pas inscrite au Codex, ou qui n'a pas été composée par un pharmacien, sur l'ordonnance d'un médecin pour un cas particulier, ou enfin qui n'a pas été spécialement autorisée par le gouvernement.

La formule du sirop de chloral de Follet n'étant pas inscrite au Codex, ni autorisée par le gouvernement, cette préparation doit être considérée comme un remède secret au point de vue légal.

La vente libre doit donc en être interdite conformément à la loi de germinal et à l'arrêt de la Cour de Cassation.

4° *Si ce sirop est un remède dangereux, un pharmacien peut-il le délivrer sans ordonnance du médecin ?*

Réponse. — Le sirop de chloral de Follet ne doit pas être délivré sans ordonnance du médecin.

5° *Si ce remède a été soumis à l'Académie de médecine, approuvé par elle et inséré au Bulletin de cette compagnie savante, peut-il être vendu librement ?*

Réponse.—La formule du sirop de Follet n'a pas été approuvée par l'Académie de médecine, mais en supposant qu'elle ait reçu cette approbation, ou qu'elle fut insérée dans notre Bulletin, ce médicament ne pourrait être vendu librement par les pharmaciens sans une prescription médicale.

Successivement mises aux voix ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

M. **Cusco** soumet à l'Académie le spécimen d'un instrument dioptrique où sont réalisées les principales conditions d'accommodation de l'œil au moyen de lentilles dont le pouvoir réfringent peut être modifié à volonté. Cet instrument est spécialement destiné à l'étude de la faculté d'accommodation.

M. **Hervieux** fait une communication sur la *septicémie puerpérale.*

Voici les conclusions de ce rapport :

1° Contrairement aux proto-organismes qui sont répandus partout dans la nature et qui paraissent en somme bien inoffensifs, puisque nous vivons au milieu d'eux sans en être incommodés, le miasme puerpéral ne se plaît, ne prospère et n'exerce guère son action que dans certaines localités très-circonscrites.

2° Tandis que les proto-organismes auraient besoin, suivant les partisans de la théorie des germes, d'une solution de continuité pour s'introduire dans l'économie, le miasme puerpéral ne connaît aucune barrière épithéliale. Il atteint la femme enceinte, le nouveau-né et même le fœtus tout aussi bien que la femme enceinte.

Il a même le pouvoir de sévir sur des sujets placés en dehors de l'état puerpéral.

Il y aurait donc de grandes chances pour que le miasme générateur de la septicémie puerpérale ne fût point un vibrion. Ce serait en tous cas un vibrion d'une nouvelle espèce, dont les caractères, la nature et la constitution physique auraient besoin d'être déterminés. Mais faut-il l'avouer, j'ai une peur terrible, une peur dont je ne puis me défendre et que l'Académie comprendra, c'est de mourir avant qu'on ait découvert ce vibrion-là.

M. **Pasteur** prend la parole et expose les arguments et les observations qui militent en faveur de l'existence d'un vibrion spécial à la septicémie puerpérale. Une fois de plus il fait éloquemment le panégyrique de la *théorie des germes* qui a droit, dit-il, à tous les respects, et il déclare, non sans un légitime orgueil, que pour lui, l'avenir de la médecine est dans l'étude et les applications des problèmes soulevés et en partie résolus par ses travaux.

SOCIETÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 *mars* 1879. — Présidence de M. Bert.

A propos d'une présentation de pièces pathologiques à la Société de Biologie, le Dr Coudereau relate l'observation suivante relevée la veille de l'autopsie, sur le sujet auquel elle appartient.

Une portée de petits chiens était née au laboratoire de physiologie. Au quatrième jour de leur naissance, deux petits furent trouvés froids et sans vie près de la mère, par le garçon de laboratoire, à 8 heures du matin. L'un avait servi aux expériences du Dr Laborde sur l'action de l'aconitine, l'autre n'avait été l'objet d'aucune expérience. A 4 heures de l'après-midi, au moment où il allait procéder à l'autopsie, M. Coudereau aperçoit un léger mouvement de la lèvre de l'un des chiens, mouvement si peu sensible qu'il douta de sa réalité. L'idée lui vint alors d'essayer l'action de la chaleur. Il alluma une couronne de gaz et plaça le petit chien au-dessus, le retournant en tous sens. Les mouvements revinrent rapidement et, au bout de dix minutes, le petit animal se promenait dans le laboratoire.

Son petit frère, lui, ne donnait aucun signe de vie ; néanmoins, contre tout espoir, le même moyen fut essayé et le même résultat fut obtenu. Après s'être assuré qu'ils pourraient téter, on les remit auprès de la mère.

Le lendemain matin l'un des deux fut trouvé mort. Le second avait disparu.

Cette double observation a une importance spéciale en ce qu'elle a trait simultanément à deux sujets en état de mort apparente depuis une dixaine d'heures au moins, sous l'influence de conditions pathologiques absolument différentes.

Elle prouve que de très-jeunes sujets peuvent être ramenés à la vie, après être restés de longues heures en état de mort apparente ;

Que l'application de la *chaleur seule* peut, dans certains cas, rappeler la vie chez de jeunes animaux déjà refroidis depuis longtemps.

Le petit chien dont le cadavre fut retrouvé n'avait point servi aux expériences.

A l'ouverture de l'abdomen on apercevait au-dessus du rebord du foie une poche volumineuse qui fut prise d'abord pour l'estomac. En soulevant, pour l'enlever, le paquet gastro-intestinal, l'estomac fut trouvé en arrière de cette poche, et moins volumineux qu'elle. Celle-ci était con-

stituée par le duodénum dilaté en une ampoule parfaitement close, à parois minces et demi-transparentes, et séparée du reste de l'intestin par un intervalle de quelques millimètres. Le bout supérieur de l'intestin est fermé et présente une extrémité arrondie qu'une bride péritonéale doublée d'un peu de tissu fibreux réunit à l'extrémité inférieure de l'ampoule duodénale. Le reste de l'intestin est cylindrique dans toute son étendue. L'estomac est normal.

L'estomac et le duodénum sont remplis et contiennent du gaz, du liquide amniotique mélangé de mucosités et d'une très-petite proportion de lait.

La solution de continuité de cet intestin devait remonter à une époque très-tardive des débuts de la gestation.

La dilatation du duodénum doit être attribuée à la pression excentrique du liquide amniotique dégluti par le fœtus pendant la vie intra-utérine.

Le petit chien n'était pas assez amaigri pour qu'on puisse dire qu'il est mort de faim. Il est plus probable qu'il est mort du refroidissement contre lequel la privation d'aliments ne lui a pas permis de réagir.

La Société procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre titulaire.

M. le Dr Quinquaud ayant réuni la majorité des suffrages est proclamé membre de la Société de Biologie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 *mars* 1879. — Présidence de M. Tarnier.

Suite de la discussion sur les pansements antiseptiques.

M. **Farabeuf** s'excuse tout d'abord de prendre la parole dans cette discussion sur *les pansements* : mais il tient à relever quelques-uns des axiomes qu'il a entendu émettre par M. Desprès, et qui lui paraissent en contradiction avec tout ce que ses maîtres lui ont appris. L'idéal serait d'obtenir la réunion par première intention dans la réparation d'une plaie, et tout ce qui nous rapproche plus ou moins de ce desideratum doit être accepté. Après avoir montré que c'est M. Terrier qui dès 1871 a fait connaître en France le pansement de Lister, je pense, dit M. Farabeuf, que la doctrine antiseptique ne peut être rejetée, comme a voulu le faire M. Desprès.

Les liquides organiques exsudés par les plaies, dans les premiers jours, s'altèrent au contact de l'air; ils deviennent septiques, puisqu'absorbés ils déterminent des symptômes généraux bien connus.

Faut-il pour démontrer la septicité et la nocivité des exsudats des plaies et la faculté absorbante de celles-ci, citer un exemple? Voici une fracture compliquée ouverte datant de 3 jours; des débridements deviennent nécessaires et les liquides altérés se répandent immédiatement sur les surfaces cruentées que vient de créer le chirurgien : le lendemain, la température et le taux du pouls s'élèvent.

Ces exsudats des plaies récentes que l'air altère si gravement et qui s'absorbent si facilement, nous pouvons les rendre inoffensifs, soit en les privant du contact de l'air par l'*occlusion* quel qu'en soit le procédé, soit en favorisant leur élimination rapide par le *pansement ouvert*, largement ouvert.

Il est aussi des agents conservateurs des substances organiques végétales et animales, l'alcool, l'acide salicylique, le chloral, et surtout l'acide phénique dont 200 grammes suffisent pour conserver des mois un cadavre tout entier. Ces agents empêchent l'air d'altérer les substances organiques.

M. Desprès se félicite de sa statistique, mais quoi qu'il en dise, son pansement sale c'est l'*occlusion* aux bandelettes de diachylon et son vieux pansement c'est le pansement à l'alcool, alcool abandonné plus ou moins tôt; ses résultats n'ont rien de merveilleux pour l'hôpital Cochin, petit et de bonne renommée. Les récentes statistiques produites à l'étranger et en France depuis la vulgarisation du pansement de Lister et de ses dérivés, sont véritablement étonnantes. Il n'est pas sûr du tout que les Anglais en particulier fassent des opérations injustifiées. Roux les a déjà vengés de ce reproche.

Mais, fût-il fondé, qu'il n'y aurait pas là d'explication suffisante à leurs nombreux succès puisque Topinard nous a appris que les amputations de complaisance avaient une gravité égale à celle des amputations traumatiques. Cette amélioration réelle dans la mortalité des grands blessés ne saurait être attribuée complétement au hasard, à des soins redoublés, à la constitution hospitalière actuelle, etc. N'avons-nous pas vu et ne voyons-nous pas les antiseptiques, en Angleterre, en Allemagne et en France chasser devant eux la diphthérie des plaies et la septicémie. Santorph n'est-il pas venu nous dire : « Je renoncerais à la chirurgie si je devais renoncer à l'usage des antiseptiques? » Bardeleben n'a-t-il pas donné il y a plusieurs années déjà une statistique de 400 cas sans une seule mort de septicémie? Et dans les congrès allemands quelqu'un a-t-il élevé la voix contre les nouveaux pansements. Il n'y a plus d'opposants en Allemagne écrivaient naguère MM. Thaon et Maunoury. Des hommes de l'âge de Langenbeck et de la prudence de M. Gosselin emploient maintenant l'acide phénique.

Nous avons pour nous le consentement unanime des peuples.

En effet, les contempteurs eux-mêmes ne sont que des falsificateurs plus ou moins heureux. Ainsi Callender de Saint-Barthélemy de Londres annonçait en 1873 des succès inouïs. Il était l'adversaire du pansement et des théories de Lister, mais il employait l'eau et l'huile phéniquées, le catgut et le drainage!

Rose qui à Zurich avait vu la mortalité des amputés s'abaisser de 50 à 20 0/0 par la méthode d'aération, c'est-à-dire en laissant à l'air le moignon béant, Rose fait pratiquer maintenant deux lavages phéniqués quotidiens.

Quant aux russes de Moscou, Mme Dimitrieff dans sa thèse (1878) a montré qu'en effet ils laissent les moignons sans enveloppe au-dessus d'un vase dégageant des vapeurs carboliques, mais que le plus souvent ces moignons sont gorgés d'acide phénique, suturés, étanchés au catgut et quelquefois drainés.

J'ai déjà dit qu'à mes yeux le pansement de Lister proprement dit, avait seul jusqu'à présent le grand mérite d'assurer la réunion immédiate pour l'obtention de laquelle tant d'efforts ont été faits depuis deux siècles. C'est vraiment l'idéal de la chirurgie que d'abréger la cure des plaies en supprimant pour ainsi dire la plaie aussitôt qu'elle est créée. La cicatrisation rapidement obtenue, donne des moignons incomparables comme beauté, forme, indolence et capacité de travail. La pauvre cancéreuse quitte l'hôpital au bout de 15 jours avec une cicatrice linéaire du sternum à l'aisselle et les meilleurs mois qui lui restent à vivre, elle en jouit immédiatement et complétement.

Il est vrai que les agents antiseptiques ne dispensent pas les chirurgiens de réaliser les conditions, on pourrait dire classiques de la réunion par première intention. Il faudra toujours des lambeaux étoffés réguliers, vivaces, bien parés, sains et appartenant à un sujet sain. La permanence du contact des surfaces cruentées reste une loi inviolable, d'où la nécessité des sutures, de la compression molle, des ligatures absorbables et du drainage qui évacue les liquides exsudés dans la profondeur.

Lister n'a pas inventé son pansement de toutes pièces. Il a emprunté le mode d'occlusion des écoles de Montpellier et de Bordeaux, le tube de Chassaignac mis en œuvre par Arlaud en 1859, l'acide phénique étudié par Lemaire, la théorie de Pasteur et une chose, une seule des Anglais, le catgut absorbable. Mais le tout est bien à Lister qui a su créer un pansement en apparence irréalisable, *ouvert* aux liquides et *fermé* à l'action nocive de l'air atmosphérique.

Et maintenant M. Desprès ne sera-t-il pas frappé comme nous de voir la chaire française de Paris, si rebelle autrefois et si décriée, se réunir immédiatement dans l'immense majorité des cas, soit qu'on lie une artère, soit qu'on extirpe le testicule ou le sein, soit qu'on ampute un membre, que l'on résèque une articulation ou même que l'on ouvre un genou en pleine suppuration.

M. **Verneuil** demande à répéter qu'il n'est pas l'ennemi de la réunion immédiate, mais il est convaincu qu'elle ne doit pas être tentée dans tous les cas, et reprenant le parallèle célèbre entre la taille et la lithothritie, il dit que cette comparaison peut être appliquée à la réunion immédiate et à la réunion secondaire.

M. **Trélat**. — Je ne partage pas tout à fait l'opinion de mes collègues sur l'inopportunité des expériences de laboratoire, je veux bien admettre que les expériences de M. Perrin ne sont pas concluantes, mais il faut en tenir compte. Il y a de grandes probabilités pour que la septicémie soit d'origine animale, c'est plutôt par simple vue, par goût, par opinion, que par démonstration, que cette conception est combattue : n'oublions pas qu'autour de nous se trouvent des expérimentateurs consciencieux (Davaine), que les résultats qu'ils obtiennent ont un carac-

tère convaincant qui force les esprits dans une certaine mesure. Permettez-moi à propos de la septicémie une digression : quelques personnes font de la septicémie et de l'infection purulente la même entité morbide ; il faut bien les distinguer. La septicémie aiguë est une affection à marche rapide, elle évolue en 3 ou 4 jours chez les animaux et chez l'homme en 8 jours, elle les frappe à l'heure de leur plaie. Les uns disent que c'est une intoxication *autogène,* les autres, moi-même, pensent que ce blessé reçoit de l'extérieur *le germe inconnu*, par contact direct (pinces, bistouri, doigts du chirurgien, pièces à pansement), ou bien l'absorbe directement par l'air (Davaine et Laborde.) L'expérimentation reproduit les effets de cette intoxication, et autant de lapins présentant une plaie, et mis dans une chambre, septicémique, autant de lapins morts !

Qu'est-ce que la pyohémie, l'infection purulente ? c'est une affection tardive ne débutant ni le 1er, ni le 2e jour, mais plus tard elle peut durer 15 jours, on a décrit même des pyohémies chroniques. Pendant la vie *les frissons, les variations de température, le sous-délire, l'état calme et enfin la mort* et à l'autopsie ces *lésions* toujours semblables en sont la caractéristique clinique ! L'expérimention ne peut reproduire cette infection purulente, ce n'est donc pas la même chose ! Et cependant il y a entre ces *deux opposés* un lien qui n'est ni clinique, ni anatomo-pathologique. *A force de combattre la septicémie nous avons vu disparaître l'infection purulente*, notion bien féconde en applications, puisqu'elle commande le choix d'un pansement.

Pourquoi l'alcool ne remplit-il pas toutes les conditions désirables, et doit-il être mis aujourd'hui au second rang : il est *volatil, c'est un corps coagulant, sa vertu est éphémère, il est irritant, il n'active pas la réparation !* Enfin peut-on l'employer sans crainte pour le lavage d'une articulation, d'une plèvre, du péritoine, d'une anse d'intestin herniée. (*Oui*, répond M. Delens, pour cette dernière application !)

Je ne suis pas suspect, car j'ai employé tout espèce de pansements depuis l'eau pure, jusqu'à la glycérine pure ou mélangée avec l'eau et l'alcool, depuis la solution hydro-alcoolo-phéniquée jusqu'à l'acide phénique !

Pour juger la valeur d'un pansement, il faut tenir compte surtout du processus organique des plaies, il faut voir comment elles se comportent sous tel ou tel pansement ; cela me semble préférable à la jauge statistique où la mortalité de certaines plaies et de certaines opérations est relevée avec soin.

Eh bien, en faisant appel à ce mode d'appréciation, je dirai qu'avec, non la méthode autiseptique, mais *l'aspiration antiseptique* c'est-à-dire cet ensemble de procédés préconisés aujourd'hui, nous voyons se produire un ensemble de faits absolument neufs.

« Les plaies sont blanc rosé, elles ont la couleur de la peau d'un « enfant, les parties vivent comme avant, il semble que les continuités « organiques n'ont pas été rompues, ses surfaces affrontées se recol- « lent..... dans les points non réunis parfaitement, des bourgeons « apparaissent, il n'y a pas de pus apparent, c'est là, la nouveauté ! ! !

Si la réunion primitive était obtenue il y a quelques années à peine par suite d'une perfection mécanique, on l'obtient aujourd'hui avec une faculté très-grande par la méthode antiseptique. Un ulcère qui ne guérit pas me rappelle les plaies d'autrefois. Quelle différence avec les plaies en réparation dont je viens de parler.

Reculons de 15 ans ; souvenons-nous des moyens nombreux proposés pour enlever les tannes, de la terreur qu'inspirait le passage d'un fil à travers un ganglion, aujourd'hui tout cela est un jeu, c'est parce que nous avons d'autres modes de pansement.

Pour moi la *terreur des contagions, l'emploi dans les pansements de matériaux neufs*, purifiés ; en un mot *l'esprit de propreté,* voilà le grand fond de la méthode antiseptique, *ne pas toucher*, *ne pas contagionner*, tel est le résumé de tout bon pansement !

Voici mes conclusions :

« 1° Il ne faut attribuer à l'expérimentation que la valeur qu'elle peut « avoir.

« 2° En dehors des expériences de laboratoire, l'étude des méthodes « et des procédés de pansement repose sur l'observation clinique.

« 3° D'après des données cliniques, l'emploi de l'alcool est inférieur « à l'acide phénique.

« 4° Les liquides de Lister donnent les meilleurs pansements.

« 5° Si l'on peut modifier quelque chose dans le pansement de Lister, « il faut ne jamais oublier la crainte de la contagion ! et avec M. Des- « près l'immobilité et le repos. Le catgut qui s'absorbe est aussi très-pré- « cieux. »

Cette séance si bien remplie se termine par une lecture de M. Sée. Il revendique la priorité des irrigations d'alcool qu'il a employées dès 1866. Le chloral lui a semblé préférable à l'alcool. Pour les grandes opérations il est partisan du pansement de Lister. Dans un cas récent ce pansement a donné des résultats merveilleux. Un homme est atteint à la suite d'un phlegmon suppuré du mollet d'une arthrite purulente du genou. M. Lucas-Championnière, par une incision de 10 cent. donne issue au pus contenu dans cette articulation, il suture les lèvres de la plaie. La réunion par première intention eut lieu ; 20 jours après la guérison était complète. Les mouvements étaient conservés.

G. Marchant.

BIBLIOGRAPHIE

Du corps humain, organes, fonctions, hygiène. Conférences faites à la mairie du XVIe arrondissement, par le Dr Joannès Grangé, lauréat de la Faculté de Paris, etc. 1 vol. in-18, chez V. A. Delahaye, Paris, 1879.

Une des lacunes de l'enseignement officiel que l'initiative privée tend heureusement à combler depuis plusieurs années est l'oubli dans lequel on a laissé jusqu'ici l'étude de l'hygiène. Le corps médical de Paris s'est tout dévoué à cet effet, et dans les différentes sections des associations philotechniques et polytechnique, dans les quelques mairies qui n'ont pas encore de sections, des cours se sont ouverts et les résultats obtenus sont des plus satisfaisants.

Ce sont les leçons professées dans le but de mettre les gens du monde à même de connaître et de comprendre l'importance de l'hygiène que publie aujourd'hui le Dr J. Grangé. L'étude du corps humain en est la base naturelle ; les organes sont décrits d'abord, puis leurs fonctions et enfin l'hygiène de ces organes et de ces fonctions. L'application est toujours à côté du fait scientifique et en tire sa raison d'être logique et compréhensible à tous. Cette façon d'enseigner l'hygiène est éminemment pratique et convient particulièrement aux gens du monde qui ignorent pour la plupart les faits les plus simples de l'organisation du corps humain tout en s'en faisant des idées si erronées et si préjudiciables à la véritable hygiène.

C'est à ce titre que nous signalons la publication du Dr Grangé. Restreint par le nombre de ses leçons, l'auteur a su cependant condenser dans un livre de 200 pages ce qu'il est nécessaire de savoir pour conserver la santé.

La question de mesure est certainement une des difficultés d'une pareille entreprise. Il faut enseigner assez d'anatomie et de physiologie pour convaincre les gens du monde qu'il y a mieux à faire pour eux que d'écouter les charlatans, les commères de tous les genres dans le traitement de leurs maladies sans cependant qu'ils puissent avoir la prétention de se croire des savants.

De combien d'utilité serait en effet pour la masse du public la connaissance des lois de l'organisation humaine ! que d'erreurs évitées ! que d'existences conservées ! Il nous suffit de rappeler les innombrables préjugés qui entourent la vie du nouveau-né comme autant d'écueils au milieu desquels il laisse si souvent la santé et parfois l'existence même. La question des nouveau-nés est une de celles qui ont le don de passionner le Dr Grangé, déjà connu d'ailleurs par ses publications sur la pathologie et la physiologie infantiles et qui dans ses leçons s'attache à combattre les préjugés dont nous parlons, notamment à propos de l'alimentation du premier âge. L'auteur annonce du reste la prochaine publication d'un travail spécial sur le point si important de la vie de ces petits êtres qui représentent la patrie future. C'est ainsi que chacun dans sa sphère a entrepris d'apporter une pierre à l'édifice de la reconstitution de notre pays. Les médecins auront bien mérité de la patrie en se dévouant à cette tâche si belle. C'est par l'enfant qu'il faut commencer l'œuvre, c'est à cette mission que s'est consacré le Dr J. Grangé. Nous l'en félicitons et nous ne saurions trop l'encourager à poursuivre ses études qui le trouvent bien préparé au bon combat : pour la patrie par la diffusion de la science.

Dr V. G.

NOUVELLES

Les médecins des bureaux de bienfaisance.

Nos lecteurs ont probablement partagé notre surprise à la lecture de l'arrêté préfectoral en date du 20 février 1879, arrêté qui a la prétention de régler le mode de nomination des médecins des bureaux de bienfaisance. Avec un peu de réflexion notre surprise n'a pas tardé à se changer en regret. Ce décret nous paraît absolument injuste dans ses conséquences et peu pratique dans son application. Il est injuste, parce qu'il ne sauvegarde pas les intérêts si légitimes et si respectables des médecins-adjoints, qui sont ainsi indignement trompés. Comment! vous promettez à de jeunes médecins de les nommer titulaires et moyennant cette fallacieuse promesse, vous les condamnez à gravir *gratuitement* les étages les plus élevés, à visiter de misérables taudis, à faire enfin d'interminables consultations chaque fois qu'un titulaire en est empêché, et pour récompenser tant de dévouement, vous les soumettez à l'élection, c'est-à-dire vous les congédiez! Ce n'est pas de la justice! Que dira-t-on des médecins titulaires? Soient qu'ils aient obtenu récemment après un long noviciat le titre de médecin du bureau de bienfaisance, ou qu'ils en remplissent les fonctions depuis de longues années, ils vont être obligés de se soumettre à la réélection. Il y a des médecins du bureau de bienfaisance qui ont plus de vingt ans de service!

Le médecin du bureau de bienfaisance sera soumis à la réélection tous les quatre ans. Comme c'est encourageant! Qui voudra affronter les dures fatigues de ce véritable apostolat? Si au bout de quatre années de dévouement on est récompensé par la mise à la retraite, ou par un ballotage humiliant?

Ces élections vont se faire dans des conditions pitoyables. Nulle entente préalable, partant pas d'élections sérieuses! Ce sera une véritable corvée pour les candidats, corvée qui mettra leur dignité à de dures épreuves, que d'aller quémander les voix de confrères plus ou moins désintéressés dans la question. Parmi ceux-ci, combien se dérangeront pour aller voter. Il n'y aura absolument que les candidats qui voteront entre eux et encore il n'est pas prouvé qu'ils s'entendront. Il aurait été si simple de permettre aux médecins des bureaux de bienfaisance de se recruter eux-mêmes, soit par élection, soit par concours, soit autrement! Cela aurait été bien plus naturel, c'est peut-être une raison pour que cette solution ait été écartée.

Nous ne prédisons pas un grand succès à cette innovation.

— Dans sa séance du 11 mars, la Chambre des députés a adopté en seconde lecture, l'article 3 du projet de loi sur l'enseignement supérieur en Algérie, malgré l'opposition si formelle de la plupart des médecins de la Chambre. D'après ce projet l'autorisation d'exercer la médecine en territoire indigène sera donnée sur l'avis de l'Ecole préparatoire de médecine d'Alger, par le gouverneur civil. C'est, comme le disait M. Chevandier, la création d'un troisième genre de médecins, les sous-officiers de santé!

— **Concours pour la nomination d'agrégés (section de pharmacie et d'histoire naturelle) dans les Ecoles de pharmacie et les Facultés mixtes.**

Sont nommés juges de ce concours qui ouvrira le 15 mars, à midi, à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris :

MM. **Chatin**, membre de l'Institut, directeur de l'Ecole de pharmacie président; **Decaisne**, membre de l'Institut; **A. Milne-Edwards**, professeur au Muséum et à l'Ecole de pharmacie; **Oberlin**, directeur honoraire de l'Ecole de pharmacie de Nancy; **Garreau**, professeur à la Faculté mixte de Lille; **Planchon**, professeur à l'Ecole de pharmacie de Paris; **Baudrimont**, professeur à l'Ecole de pharmacie de Paris.

Suppléants : MM. **Bourgouin**, professeur à l'Ecole de pharmacie de Paris; **Marchand**, agrégé à l'Ecole de pharmacie.

Candidats : MM. le Dr **Beauregard**, maître de conférences à l'Ecole de pharmacie; **Chastaing**, pharmacien en chef de la Pitié; **Hallez**, de la Faculté mixte de Lille.

N. B. Un *deuxième concours* (section des sciences physiques et chimiques) sera ouvert le 28 avril. Il sera présidé par M. Berthelot, inspecteur général dans l'Ordre des sciences et professeur honoraire à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

— Notre confrère, M. le docteur Cazenave de La Roche, vient d'être nommé membre de la Société de médecine de Lyon.

Le Propriétaire-Gérant : V. Cornil.

Des eaux bi-carbonatées sodiques fortes de Vals.

Clermont (de Lyon), qui avait étudié avec le plus grand soin les eaux de Vals, nous a enseigné combien la *Précieuse* rendait de services en activant la digestion et les sécrétions et en relevant le système nerveux. Elle possède la propriété des eaux carbo-sodiques, et il est inutile aujourd'hui de s'appesantir sur des propriétés si bien connues de nos lecteurs.

La *Précieuse*, par son bi-carbonate de magnésie, possède de plus une propriété très-utile dans certains cas: elle est légèrement laxative. Cette action peut être à volonté portée à un degré plus ou moins élevé par la manière dont on en dirige l'usage.

Un autre caractère de cette source est l'intime mixtion de ses éléments (Clermont). L'acide carbonique y existe bien, puisque l'analyse en accuse 2 grammes environ par litre, et cependant sa dissolution est si complète qu'on ne le voit pas s'attacher aux parois du verre. Son bi-carbonate de soude, abondant, 5 gr. 8 par litre, ne lui enlève rien de son goût agréable, et les malades qui ont été soumis aux eaux de Vichy sont très-surpris en comparant le goût si désagréable des eaux fortement alcalines de Vichy au goût des eaux fortement alcalines de Vals. L'acide carbonique joue très-certainement ici le rôle de modificateur et constitue la cause du goût agréable de ces dernières eaux.

Les maladies qui relèvent le plus directement de l'usage de la source *Précieuse* sont celles de l'appareil biliaire.

Les calculs biliaires ont trouvé dans les eaux de Vals un véritable critérium. « J'ai vu à Vals, dit M. Chabannes, inspecteur de la station, quelques personnes n'ayant jamais éprouvé de coliques néphrétiques ou hépatiques, mais souffrant néanmoins de malaises gastro-hépatiques de causes inconnues, être prises au milieu de la cure de douleurs au côté droit et rendre des calculs par l'anus peu de temps après. »

Notre confrère a bien étudié la manière dont on doit employer les eaux de Vals dans le traitement des calculs biliaires. Le praticien ne doit pas oublier ses conseils. On pourrait croire, tout d'abord, que, pour avoir raison des accidents dus aux calculs biliaires, il faut avoir recours aux sources les plus fortement alcalines, Précieuse, Rigolette, etc. Ce serait une erreur. Il ne faut pas perdre de vue que le calculeux présente, en général, des symptômes variés, suivant les phases diverses de l'évolution calculeuse. L'hypochondre peut devenir tendu et douloureux aux moindres doses des eaux richement minéralisées. C'est sur ce fait que M. le docteur Chabannes a voulu attirer l'attention du praticien. Il a fixé, de la manière la plus nette, cette règle : Lorsque le malade ne peut supporter les eaux richement minéralisées, il faut avoir recours aux eaux, plus faiblement minéralisées, de la Saint-Jean. « Il est rare, en effet, dit-il de trouver un seul malade qui ne les supporte facilement. Cette tolérance de quelques jours permet bientôt de s'adresser à celles qui sont plus fortes et que nous venons de citer (Précieuse, Rigolette, Désirée, Magdeleine, etc.). Grâce à cette graduation, à gamme dans les eaux de Vals, le traitement le plus sérieux peut commencer à se poursuivre sans interruption. »

Voilà donc un premier point bien établi, c'est qu'il ne faut pas débuter toujours par une eau forte; il nous semble même prudent de commencer toujours le traitement par une eau faible (Saint-Jean) puis on trouvera dans la *Précieuse* de puissants éléments de traitements contre les calculs biliaires.

Si la paresse intestine domine, si l'abdomen reste flasque, mollasse, sans ressorts, il faut, suivant le docteur Chabannes, intercaler quelques verrées de la *Dominique*, en même temps que l'on prescrit des douches ascendantes froides.

Paris. — Typ. A. PARENT, rue Monsieur-le-Prince, 29-31.